

İŞLEV GÖRMEYEN BÖBREK NEDENİ İLE YAPILAN NEFREKTOMİDEN DOKUZ YIL SONRA ORTAYA ÇIKAN ÜRETER GÜDÜĞÜ ÜROTELYAL KANSERİ

DEVELOPMENT OF AN UROTHELIAL CARCINOMA OF URETERAL STUMP NINE YEAR AFTER NEPHRECTOMY DUE TO NON-FUNCTIONING KIDNEY

Nihat ULUOCAK*, Fikret ERDEMİR*, Bekir Süha PARLAKTAŞ*, Nurper ONUK FİLİZ**, Ercan FİLİZ*, Özgür BOZTEPE*

* Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, TOKAT

** Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, TOKAT

ABSTRACT

Introduction: The development of primary carcinoma of the ureteral stump after nephrectomy is rare (1%). Herein, we present a case of urothelial carcinoma of the left ureteral stump in a 74-year old man treated by nephrectomy for non-functioning kidney due to renal stone 9 years ago. The patient admitted to our clinic with the complaint of macroscopic hematuria and left flank pain. A suspected mass lesion of approximately 1x1 cm was detected in the left ureteral stump by computerized spiral tomography. Cystoscopy was normal and left ureteroscopy showed papillary tumoral lesions within the ureter. A biopsy specimen was taken by ureteroscopy and pathological examination revealed low grade stage Ta urothelial carcinoma. Ureterectomy was offered but the patient refused operative and other treatment modalities. Although primary carcinoma of the ureteric stump is an extremely rare disease, it should be kept in mind in the differential diagnosis of hematuria in a patient who has undergone nephrectomy operation.

Key words: Nephrectomy, Ureteral stump, Urothelial carcinoma

ÖZET

Nefrektomi ameliyatı sonrası kalan üreter güdüğünde primer tümör görülmesi oldukça enderdir (%1). Biz burada taşa bağlı işlev görmeyen böbrek tanısı ile dokuz yıl önce yapılan nefrektomi operasyonu sonrası sol üreter güdüğünde görülen ürotelyal kanserli 74 yaşındaki erkek olguyu sunuyoruz. Hasta sol yan ağrısı ve makroskobik hematüri yakınması ile kliniğimize başvurdu. Bilgisayarlı tomografi sol üreter güdüğünde şüpheli yaklaşık 1x1 cm boyutlarındaki tümöral kitlenin olduğunu gösterdi. Sistoskopi normaldi ve sol üreteroskopi üreter içinde papiller tümörel lezyonları gösterdi. Üreteroskopi ile biyopsi alındı ve patoloji incelemesi düşük dereceli evre Ta tümör olduğunu ortaya koydu. Hastaya üreterektomi önerildi ancak hasta operasyon ve diğer tedavi yöntemlerini kabul etmedi. Üreter güdüğünde primer tümör görülmesi oldukça ender olmasına karşın özellikle makroskobik hematüri yakınması ile başvuran ve geçirilmiş nefrektomi öyküsü olan hastaların ayırıcı tanısında üreter güdüğü tümörü olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nefrektomi, Üreter güdüğü, Ürotelyal kanser

GİRİŞ

Böbrek tümörü, pelvis renalis tümörleri ve işlev görmeyen böbrek tanılarına bağlı olarak yapılan nefrektomi ameliyatları sonrası takiplerde üreteral güdükte tümör görüldüğü bildirilmektedir¹. Pelvis renalis tümörlerine bağlı yapılan nefrektomiden sonra üreter güdüğünde tümör görülmesi sık olarak bildirilmesine rağmen, çeşitli nedenlerle yapılan basit nefrektomi ameliyatı sonrası takiplerde üreter güdüğünde ürotelyal kanser görülmesi oldukça enderdir².

Bu çalışmada taşa bağlı oluşan sol işlev görmeyen böbrek tanısı ile basit nefrektomi ameliyatı yapılan hastada dokuz yıl sonra üreter güdüğünde

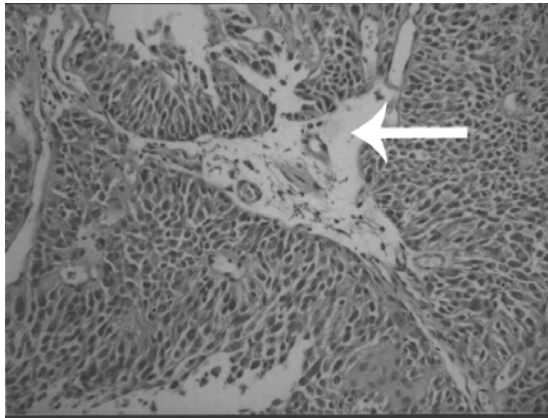
görülen ürotelyal kanserin yayınlar eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Yetmiş dört yaşında erkek hasta 3 aydır devam eden sol yan ağrısı ve makroskobik hematüri yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 9 yıl önce makroskobik hematüri, yüksek ateş ve sol yan ağrısı yakınmalarına bağlı olarak yapılan tetkikleri sonucunda saptanan böbrek taşına bağlı işlev görmeyen sol böbrek nedeni ile başka bir merkezde basit nefrektomi operasyonu geçirdiği anlaşıldı. Bu ameliyata ait patoloji raporu kronik piyelonefrit ve atrofi bulgularını içeren nefrektomi



Resim 1a ve 1b. BT'de sol böbrek lojuna uyan lokalizasyonda (beyaz ok) böbreğin olmadığı, sol üreter güdüğünün ise dilate ve kalın duvarlı olduğu (beyaz ok) görülmektedir.



Resim 2. Patoloji örneğinde düşük dereceli ve lamina propriaya (beyaz ok) sınırlı ürotelyal kanser görülmektedir.

materyalini belirtmekteydi. Hastanın alınan ayrıntılı öyküsünden şeker hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve kalp yetmezliğinin yanı sıra yaklaşık kırk yıldır 30 adet/gün olmak üzere sigara

içtiği saptandı. Tam idrar tetkikinde bol eritrosit ve 3-4 lokosit tespit edilen hastanın rutin biyokimyasal tetkikleri normal sınırlar içinde idi. Tam kan sayımında hematokritin %29 ve hemoglobinin ise 8 g/dl olarak saptanması üzerine 1 ünite kan transfüzyonu yapıldı. Direk üriner sistem grafisi normaldi ve üriner sistemin ultrasonografik incelenmesinde sağ böbrekte kompensatris hipertrofi dışında bir özellik saptanmadı. Yapılan kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikinde ise sol üreter güdüğünün en geniş yerinde 2.5 cm olmak üzere mesaneye kadar dilate olduğu ve dilate üreter içindeki dansite farklılığın tümöral kitle ile uyumlu olduğu rapor edildi (Resim 1a ve 1b). Sistoskopide mesane ve orifisler normal olarak tespit edildi. Sol üretere yapılan üreteroskopiye papiller yapıda tümöral oluşumlar görülerek biyopsi alındı ve patoloji incelenmesi mukozal tabakayı tutan düşük dereceli evre pTa ürotelyal kanseri olarak değerlendirildi (Resim 2). Üreterektomi ameliyatı önerilen hasta eşlik eden morbidite ve anestezi açısından görülen yüksek riskler nedeni ile açık ameliyat ve diğer tedavi önerilerini kabul etmedi.

TARTIŞMA

Üreter güdüğünde tümör ilk olarak 1952 yılında Loef ve Casella tarafından hidronefroz ve hidroüreter nedeni ile yapılan basit nefrektomi ameliyatından 14 yıl sonra bildirilmiştir³. Pelvis renaliste ürotelyal hücreli kanser nedeni ile yapılan komplet olmayan nefroüreterektomi ameliyatı sonrası üreter güdüğünde tümör görülme oranının 10 yıllık dönem içinde %20-58 arasında olduğu bildirilmektedir⁴. Buna karşın benin nedenlere bağlı olarak yapılan nefrektomi ameliyatı sonrası kalan üreter güdüğünde ürotelyal kanseri görülmesi oldukça ender olup çalışmalarda bu oranlar %1-4 arasında değişmektedir^{2,3,5}. Kim ve ark. benin nedenlerle basit nefrektomi operasyonu yapılan 318 hastanın 8 (%2.5)'inde takiplerde üreter güdüğünde tümör gördüklerini bildirmektedirler⁶. Malek ve ark. ise 4883 hastayı inceledikleri çalışmalarında üreter güdüğünde hastaların yalnızca %1'inde tümör saptamışlardır⁷. Bu tümörler nefrektomi ameliyatını takip eden aylar içinde yada yıllar sonra ortaya çıkabilmektedirler. Radikal nefrektomi ameliyatı sonrası izlemde tümör görülme süresi 11 ay ile 23 yıl arasında değişirken basit nefrektomi ameliyatı sonrası olgularda üreter güdüğünde tümör görülme süreleri 1 yıl ile 45 yıl arasında bildirilmek-

tedir^{2,3,5,8}. Çalışmamızda da üreter güdüğündeki tümörün basit nefrektomiden 9 yıl sonra ortaya çıktığı görüldü.

Bu tümörlerin etiyojisi tam olarak bilinmemekle beraber çeşitli teoriler ileri sürülmektedir. Mesane tümörü nedeni ile takip edilen hastalarda mesane tümörünün vezikoüreteral reflüye bağlı olarak üreterde tümör oluşturabileceği bildirilmektedir⁹. De Torres Mateos ve ark. çalışmalarında mesane tümörü tanısı ile transüretral tümör rezeksiyonu ameliyatı yapılan hastalar içinde özellikle üreter orifisi çevresinde tümörü olanlar başta olmak üzere hastaların %26'sında tespit ettikleri vezikoüreteral reflünün üreter tümörü etiyojisinde rol oynayabileceğini ileri sürmüşlerdir⁹. Kronik inflamasyonun hiperplastik ve metaplastik değişiklikler yapması nedeni ile tümör oluşumunda rol aldığı bildirilmektedir^{3,10}. Ikeda ve ark. 33 olguluk çalışmalarında hidronefroz, üriner sistem taş hastalığı ve böbrek tüberkülozu gibi benin nedenlerle nefrektomi yapılmış hastaların %26.7'sinde üreteral tümör tespit ettiklerini dolayısı ile kronik inflamasyonun etiyojide önemli olduğunu ileri sürmüşlerdir¹¹. Yine üreter mukozasının bazal epitel tabakasının migrasyonu sonrası değişiklikler, radyasyon, emilim ve çevre kanalı ile alınan karsinogenler ve sigara kullanımı da etiyojide öne sürülen faktörlerdendir¹².

Nefrektomi sonrası üreter güdüğünde görülen tümörlerin patolojisi genellikle ürotelyal kanser olmakla birlikte literatürde skuamöz hücreli kanser ve adenokanser olguları da bildirilmiştir^{3,4,13}. Yayınlarında bu tümörlerin çalışmamızda olduğu gibi ağırlıklı olarak erkeklerde görüldüğü bildirilmektedir^{1,2,11}. Hastaların kliniğe başvuru yakınmaları çalışmamızdaki hastada olduğu gibi çoğunlukla makroskobik hematüri ve yan ağrısı şeklindedir^{1,4,7-9}. Üreter güdüğü tümörlerinin tanısına yönelik olarak yapılan intravenöz piyelografi tetkiki genellikle faydalı değildir^{1,4,12}. Retrograd piyelografi ile tanı konulabileceği bildirilse de BT tanıda öne çıkmaktadır^{6,7,10}. Çalışmalarda BT incelemesinde üreter güdüğündeki tümör ile birlikte dilate ureterin görüldüğü bildirilmektedir^{1,4,6,12,14}. Çalışmamızdaki hastanın BT incelemesinde de üreter güdüğünde dansite farklılığı ve dilatasyon tespit edildi. Manyetik rezonans incelemesinin BT'den daha etkin olduğu ileri sürülmekle birlikte tanı koymada asıl yöntem ureteroskopidir¹⁵.

Tedavide üreterektomi ve mesanede kaf çıkarılması operasyonu uygulanmaktadır^{1,4,10,12}. Üreter güdüğü tümörü nedeni ile yapılan üreterektomi ameliyatından sonra ortalama sağkalım süreleri hastalığın evresiyle de ilişkili olmak üzere 6 ay ile 3 yıl arasında değişmektedir^{1,4,6,12,14}. Kim ve arkadaşlarının çalışmalarında ise 5 yıllık sağkalımlar % 37.5 olarak bildirilmektedir⁶. Çalışmamızdaki hastanın biyopsi ile alınan tümörü Ta evresinde olmasına karşın ameliyatı reddettiği için evresi tam olarak saptanamadı.

Sonuç olarak, nefrektomi ameliyatı sonrası üreter güdüğünde tümör görülmesi oldukça ender olmasına rağmen özellikle makroskobik hematüri yakınması ile başvuran ve geçirilmiş nefrektomi öyküsü olan hastaların ayırıcı tanısında üreter güdüğü tümörü olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Suzuki T, Tsuchiya N, Otomo R, Kakinuma H, Satoh S, Sato K, Ogawa O, Kato T: Primary tumor of the ureteral stump following a nephrectomy for renal cell carcinoma. *Int J Urol*, 6: 41-43, 1999.
- 2- Manganelli A, Barbanti G, Fornaini M, Del Vecchio MT: Transitional cell carcinoma of the ureteral stump 13 years after nephrectomy for benign disease. *Urol Int*, 56: 52-54, 1996.
- 3- Loeff JA, Casella PA: Squamous cell carcinoma occurring in the stump of a chronically infected ureter many years after nephrectomy. *J Urol*, 67: 159-63, 1952.
- 4- Nagatsuma K, Tachibana M, Miyakawa A, Asanuma H, Murai M: Transitional cell carcinoma of ureteral stump after radical nephrectomy for renal cell carcinoma. *Int J Urol*, 6: 627-629, 1999.
- 5- Inui M, Yamashita M, Taketa S, Takenaka I, Kakehi Y: Transitional cell carcinoma of the ureteral stump eight years after nephrectomy for benign disease. *Int J Urol*, 9: 515-516, 2002.
- 6- Kim YJ, Jeon SH, Huh JS, Chang SG: Long-term follow-up of ureteral stump tumors after nephrectomy for benign renal disease. *Eur Urol*, 46: 748-752, 2004.
- 7- Malek RS: Primary tumors of the ureteric stump. *Br J Urol*, 45: 391-394, 1973.
- 8- Cher ML, Milchgrub S, Sagalowsky AI: Transitional cell carcinoma of the ureteral stump 23 years after radical nephrectomy for adenocarcinoma. *J Urol*, 149: 106-108, 1993.
- 9- De Torres Mateos JA, Banus Gassol JM, Palou Redorta J and Morote Robles J: Vesicorenal reflux and upper urinary tract transitional cell carcinoma after transurethral resection of recurrent superficial bladder carcinoma. *J Urol*, 138: 49, 1987.
- 10- Amar AD: Refluxing Ureteral Stump: Reservoir of Urinary Infection. *J Urol*, 91: 493-495, 1964.
- 11- Ikeda I, Terao T, Masuda M, Hirokawa M, Asakura S, Nozaki A: Primary ureteral tumor in the residual ure-

- ter: A report of two cases. Hinyokika Kiyo, 38: 707-710, 1992.
- 12- **Ergenekon E, Semerciöz A, Karaman MI, Şahinkaya N, Müslümanoğlu AY:** Taşlı atrofik böbrek nedeniyle yapılan nefrektomiden dokuz yıl sonra görülen üreter göğüğü tümörü. Üroloji Bülteni, 5: 43-44, 1994.
- 13- **Mullen JB, Kovacs K:** Primary carcinoma of the ureteral stump: A case report and a review of the literature. J Urol, 123: 113-115, 1980.
- 14- **Wisheart JD:** Primary tumor of the ureteric stump following nephrectomy. Presentation of a case and a review of the literature. Br J Urol, 40: 344-349, 1968.
- 15- **Nahon O, Lay F, Lechevallier E, Coulange C:** Flexible ureteroscopy in upper urinary tract diseases. Prog Urol, 13: 404-415, 2003.